

472
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 Juillet 1900, à 1 heure

Par M. PELLETIER

Né à

, le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

LARYNGOCÈLES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.

RETTERER et THIÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

JOUBE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

472

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 5 Juillet 1900, à 1 heure

Par M. PELLETIER

Né à

le

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

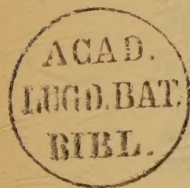
LARYNGOCÈLES

Président : M. BERGER, professeur.

Juges : MM. BROUARDEL, professeur.

RETTIERER et THIÉRY, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

JOUVE & BOYER

IMPRIMEURS DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M.		BROUARDEL.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		BERGER.
Pharmacologie et matière médicale.....		POUCHET.
Thérapeutique.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BRISAUD.
Pathologie expérimentale et comparée.....		CHANTEMESSE.
		POTAIN.
Clinique médicale.....		JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....		LEDENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchement.....		BUDIN.
		PINARD.
Agrégés en exercice.		
MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBARRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILÉAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DESGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

MEIS ET AMICIS.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL BERGER

Chirurgien des hôpitaux.

Membre de l'Académie de Médecine.

Officier de la Légion d'honneur.

INTRODUCTION

Les laryngocèles ont été décrites le plus souvent confusément avec les autres tumeurs gazeuses du cou. Les observations précises de ces tumeurs sont assez rares. Un très petit nombre de cas ont pu être contrôlés par l'autopsie. D'autre part, ces tumeurs gazeuses du larynx peuvent se produire dans des conditions étiologiques et anatomiques très différentes. C'est ce qui explique la confusion de la plupart des descriptions.

Nous avons eu l'occasion d'observer dans le service de M. le docteur Béchère à l'hôpital Saint-Antoine un cas très net de laryngocèle chez un phtisique avancé. Le malade mourut au bout de peu de temps de ses lésions pulmonaires. Il nous fut possible de pratiquer l'autopsie et de constater les altérations qui avaient donné lieu à la laryngocèle.

Cette observation nous suggéra l'idée de rechercher dans la littérature médicale ce qui avait pu être écrit sur

des faits analogues. Au milieu d'un certain nombre d'observations vagues qu'il était difficile de rattacher à une lésion précise au point de vue anatomique, nous avons trouvé quelques faits assez nets qui nous ont permis d'étudier l'affection dans quelques-unes de ses modalités et de faire sur ce sujet un travail d'ensemble.

Nous nous sommes proposé de détacher les tumeurs aériennes du larynx de la masse des tumeurs gazeuses du cou avec lesquelles on les a le plus souvent décrites.

Cette description séparée nous a paru légitime en raison des conditions anatomiques et pathologiques spéciales qui peuvent, au niveau du larynx, créer des dispositions propres à la production de ces tumeurs.

Avant de commencer ce travail, nous ne manquerons pas d'adresser nos remerciements à tous nos maîtres dans les hôpitaux, et en particulier à M. le professeur agrégé Gaucher.

Qu'il reçoive ici l'assurance de notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais avec quelle bonté il sait conseiller ses élèves.

Nous remercions également M. le docteur Béclère, dans le service duquel nous avons pu prendre l'observation citée dans cet ouvrage.

M. le professeur Berger nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse. Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance. Il nous a été donné de passer quelques mois dans son service de la Pitié. Ce souvenir restera gravé dans notre mémoire.

HISTORIQUE

L'histoire du laryngocèle est presque entièrement confondue avec celle des autres tumeurs gazeuses du cou : bronchocèles, goître emphysémateux, trachéocèle, thyroécèle, pneumatocèle, etc...

Ces tumeurs elles-mêmes n'ont été décrites avec quelque netteté qu'à une époque relativement récente.

Elles furent tout d'abord entièrement confondues avec les goîtres, et les auteurs les mentionnaient en passant, de la manière la plus vague.

Ambroise Paré semble avoir totalement ignoré leur existence. Il n'en fait aucune mention dans sa description du goître, qu'on appelle, dit-il, en grec *bronchocèle*, et en latin *hernia gutturis*.

Pierre Pigray, élève d'Ambroise Paré, cite, en passant, des bronchocèles ou goîtres à contenu séreux ou « flatueux ». Mais il n'en donne aucune description.

Félix Plater, au commencement du dix-septième

siècle donne la première description véritable de ces tumeurs :

« Le cou, dit-il, est quelquefois occupé par une tumeur volumineuse située à sa partie antérieure ou gorge, faisant une saillie très ample, et tendue de telle façon qu'elle résonne à la percussion ; lorsqu'on la comprime, elle s'affaisse comme une outre remplie d'air, mais bientôt elle reprend son volume primitif. Par ces signes, elle se distingue du goitre, qui de plus est fixe, tandis qu'elle est mobile ».

Il pense que cette tumeur est due à l'irruption de l'air sous la peau et les aponévroses situées à la partie antérieure du cou. Cette théorie avait déjà été émise par Fernel au siècle précédent. L'irruption de l'air est attribuée par Plater à l'horreur du vide.

Vers la même époque paraissent quelques travaux qui traitent accessoirement la question des tumeurs gazeuses du cou. Ils n'apportent pas de faits précis. Mais ils obscurcissent la question par des discussions sur la pathogénie de ces tumeurs. Un certain nombre attribuent leur formation à l'écoulement d'une pituite provenant du cerveau et s'amassant à cet endroit.

La première observation que les auteurs rapportent comme exemple de tumeur aérienne du cœur est due à Muys (1695). Nous la reproduisons, moins pour l'intérêt qu'elle peut présenter, que pour montrer au contraire les termes vagues dans lesquels elle est rédigée et la nature douteuse du cas décrit.

OBSERVATION I.

Johannis Muys. — *Praxis medico chirurgica rationalis*.
Amsterdam, 1695, p. 387.

De vera bronchocèle. — Cette tumeur du cou, qui constitue un ornement pour une espèce de pigeons, et au contraire difforme chez l'homme. Une jeune fille de seize ans, portait depuis une année sous le menton et vers la racine du cou une tumeur mollassée, du volume d'une petite pomme, indolente, sans changement de coloration à la peau, et se distendant en long et en large, dès que la malade retenait sa respiration. Beaucoup de remèdes avaient été employés à l'intérieur et à l'extérieur, mais sans résultat ; la jeune fille jouissait d'ailleurs de la meilleure santé.

Paré et Guillemeau parlent du bronchocèle, mais celui-ci diffère beaucoup de la tumeur que nous venons de décrire ; il en est de même de l'affection dont parle Manget dans ses notes au chapitre *de strumis seu scrophulis* de Paul Barbette. Cette affection est très rare, comme l'affirme Manget, et j'avoue moi-même n'en avoir jamais vu d'autre cas auparavant. Mais notre jeune fille n'éprouve aucune gêne de la voix, ni de la respiration et porte sa tumeur sans inconvénient ; elle n'en sera probablement jamais débarrassée, car comme le dit Barbette, dans la hernie de la gorge où bronchocèle, qui naît de de l'apre-artère, les médicaments sont rarement de quelque efficacité.

Rien n'est moins certain, en somme, que l'existence d'une aërocèle dans le cas que rapporte Muys.

Au XVIII^e siècle, Gohl, Heister, Dionis, de la Faye, Louis, Savary, Girard, etc., donnent des descriptions qui se répètent les unes les autres et n'apportent aucun élément nouveau.

Vers la fin du même siècle, apparaissent les travaux beaucoup plus intéressants de Callisen et surtout de J.-P. Frank.

Callisen (1777-1788), décrit sous le nom de faux goîtres quelques affections, parmi lesquelles le *goitre emphysémateux*. Ce goitre emphysémateux peut être dû dans certains cas « au passage de l'air à travers les canaux qui conduisent le mucus de la glande thyroïde dans le larynx, dans la substance même de cette glande. » Cette affection doit être traitée par l'incision de la tumeur et, l'air s'en étant échappé, on recherche avec soin le point d'où il provient et on applique le traitement des plaies de la trachée.

L'interprétation de Callisen repose sur des données anatomiques erronées. Mais il n'en est pas moins vrai qu'il a constaté la communication possible de tumeurs aériennes avec le larynx. De plus, il indique un traitement très rationnel de ces tumeurs.

En 1792, J.-P. Frank publie un travail intéressant, dans lequel il cherche à établir une distinction entre les diverses tumeurs kystiques du cou qui renferment de l'air.

Sous le nom de thyréophyme emphysémateux, il désigne des tumeurs aériennes situées sur le trajet du larynx, de la trachée-artère ou dans les régions voisines, et produites par la *déchirure de la membrane*

interne du larynx. Elles se produisent sous l'influence de la toux, des efforts de l'accouchement, des vomissements, des chants aigus et répétés. Elles se dissipent ordinairement en quelques jours, spontanément. En passant, l'auteur mentionne les tumeurs aériennes que produit parfois la toux chez les phthisiques.

Au *xix^e* siècle, les travaux sur les tumeurs aériennes du cou deviennent plus nombreux. Mais la plupart d'entre eux se rapportent aux tumeurs aériennes d'origine trachéale, et un petit nombre seulement concernent les tumeurs aériennes d'origine laryngée. Aussi passerons-nous sous silence la plupart de ces mémoires.

D'ailleurs la confusion est encore grande au commencement du dix-neuvième siècle entre les tumeurs aériennes et le goitre proprement dit. La plupart des auteurs qui parlent de ces affections s'appuient sur les travaux antérieurs qu'ils interprètent à leur manière et non sur des faits personnels.

Il faut arriver à Larrey père pour lire une description précise et scientifique des tumeurs aériennes observées au niveau du larynx.

Sa description se trouve dans le tome II de sa *Clinique chirurgicale* et nous la reproduisons in-extenso.

« Malgré l'assertion de tous les auteurs qui ont écrit sur le goitre, nous avons parfaitement observé et reconnu celui qui a été désigné sous le nom de broncho-cèle, mais qu'on pourrait appeler avec plus de raison pneumo-guttural. Il consiste en une ou plusieurs tumeurs aériennes qui se forment au devant au cou et

principalement sur les côtés du larynx. Ces tumeurs, qui peuvent acquérir un volume considérable, reconnaissent pour causes la disposition des parties et les efforts plus ou moins violents nécessités par les cris ou les chants des individus : l'air qui a servi à l'inspiration étant ensuite, par l'effet de l'expiration, expulsé au dehors avec toutes les modifications relatives pour donner aux cris ou à la voix les intonations désirées, produit insensiblement ces tumeurs.

« C'est pendant que cet air est arrêté dans les cavités tortueuses du sommet de la trachée-artère, du larynx, et de l'arrière bouche, que ces molécules distendent graduellement le tissu celluloso-muqueux qui tapisse les voies aériennes, et déterminent ainsi la formation, en dehors, de petites hernies du tissu de ces membranes soit entre les grandes cornes de l'os hyoïde et le cartilage thyroïde du larynx, soit à travers les interstices du cricoïde et du premier anneau de la trachée-artère. Dans tous ces cas, ces vésicules s'accroissent rapidement et se montrent à l'extérieur sous le bord de la mâchoire, mais elle présente cela de particulier qu'une compression graduée et uniforme peut les faire disparaître en totalité ou en partie. Ce phénomène, et l'absence des battements ou du frémissement artériel dont nous avons parlé, servent à distinguer cette espèce de pneumo-bronchocèle du goître anévrysmal. C'est en Egypte que nous avons observé les premiers exemples de ce genre particulier de goître : il se manifeste chez une seule classe d'individus, les aveugles, et le nombre, dans cette contrée, en est si considérable,

que les chefs de la religion les emploient à chanter les versets du Coran, aux chapiteaux de leurs minarets, toutes les heures du jour et de la nuit. »

« Ces tumeurs aériformes se développent principalement chez ceux de ces individus qui ont chanté les heures pendant quelques années et produisent des poches semblables à celles qui se forment sous la mâchoire des singes, lorsqu'ils veulent y recéler et conserver quelques aliments ; aussi pour que leur voix ne se perdent pas dans ces vésicules ou poches celluleuses, qui ne paraissent souvent qu'à l'instant où ils commencent leurs exercices, les crieurs d'Egypte sont-ils obligés de se comprimer le cou et la gorge avec un grand collier de carton garni de toile. Enfin lorsque les ouvertures de communication de l'intérieur de la gorge sont dilatées outre mesure, de manière à déterminer presque dans l'instant des tumeurs grosses comme le poing, ceux qui se trouvent dans ce cas sont mis à la retraite, ou on les emploie dans les piscines des temples. »

A la suite de cette description, D.-J. Larrey rapporte l'observation de deux sous-officiers porteurs de tumeurs analogues. Nous les reproduirons plus loin.

De la description de Larrey (1829) à l'observation d'Hutchinson (1861), nous trouvons des travaux nombreux et assez précis sur les tumeurs du cou, mais rien qui ait trait spécialement au laryngocèle.

Hutchinson, en 1861, publie une observation de tumeur aérienne du cou, consécutive vraisemblablement à une perforation tuberculeuse du larynx. Comme le

fait remarquer M. L.-H. Petit, cette observation est rapportée très inexactement par plusieurs auteurs, Follin et Duplay, Nélaton, Peschaud, etc., qui disent qu'on a trouvé à l'autopsie une tumeur formée par la hernie de la muqueuse laryngée à travers la perforation. Malheureusement, en effet, le malade fut perdu de vue et il n'y eut pas d'autopsie pratiquée. Il faut arriver aux travaux de Virchow sur les tumeurs cystiques pour avoir des notions anatomiques précises sur la nature de certains laryngocèles. Il décrit une dilatation spéciale des ventricules de Morgagni à laquelle il donne le nom de *laryngocèle ventriculaire*.

En 1862 paraît une observation de Fischer que Riegel et Eldridge considèrent, dans la suite, comme un cas de fistule congénitale du larynx ayant déterminé par la dilatation de son conduit, fermé à l'extérieur, une tumeur aérienne.

En 1865, Bennet présente à la Société de pathologie de Dublin, un larynx présentant deux poches laryngées tout à fait analogues à celles de certains quadrumanes.

En 1872, Solis Cohen rapporte deux cas de fistules du larynx ou de la trachée s'accompagnant parfois du développement d'une tumeur volumineuse irrégulière et contenant de l'air. Dans une deuxième édition de son ouvrage, en 1880, il parle de cas d'emphysème du cou plus ou moins circonscrit survenu à la suite d'ulcérations, de plaies, de fractures ou de fistules congénitales du larynx et de la trachée.

A cette époque, les faits deviennent plus nombreux et plus précis.

En 1874, Wenzel Gruber publie plusieurs cas de dilatations sacciformes extra-laryngiennes analogues à celles décrites antérieurement par Virchow.

En 1879, Stuart Eldridge cherche à démontrer que les kystes aériens du cou sont dûs au développement de fistules congénitales incomplètes du larynx ou de la trachée.

En 1885, Ledderrhose rapporte un cas fort intéressant de tumeur aérienne du larynx.

En 1889 paraît l'importante observation de Madelong.

La même année M. L.-H. Petit publie dans la *Revue de Chirurgie* un mémoire très important sur les tumeurs aériennes du cou. Il fait d'une manière extrêmement complète l'historique de la question et rapporte un grand nombre d'observations. Mais un petit nombre d'entre elles seulement présentent quelque intérêt au point de vue spécial du laryngocèle.

En 1893, M. Moure présente à la Société médicale et chirurgicale de Bordeaux un malade atteint de laryngocèle. Cette observation est publiée l'année suivante par M. Beausoleil.

En 1896, nous trouvons dans la thèse de Kounik sur les tumeurs gazeuses du cou une observation fort intéressante de Courtillier prise dans le service de M. Broca. Il s'agit d'un laryngocèle survenu à la suite d'intubations répétées du larynx.

En 1897 plusieurs observations de laryngocèles sont publiées, ce sont les cas de Pantaloni, de Raugé, de Benda et Borchert.



DÉFINITION. DIVISION

D'une manière générale on peut donner le nom de laryngocèle à toute tumeur gazeuse située au niveau du larynx ou à son pourtour, communiquant ou ayant communiqué au moment de sa formation avec la cavité laryngée.

Cette définition est très compréhensive et un certain nombre de tumeurs de nature différente y rentreront nécessairement.

Les causes, les symptômes, l'évolution, le pronostic et le traitement de ces tumeurs varieront considérablement suivant la nature de la tumeur. Il en résulte que nous ne pourrons ranger dans une description unique ces affections diverses. Nous serons obligé de les décrire dans des paragraphes séparés.

Nous diviserons les laryngocèles en deux groupes principaux : les laryngocèles survenues sans solution de continuité des parois du larynx et les laryn-

gocèles consécutives à une solution de continuité des parois du larynx. Les premières seront d'une manière générale intralaryngées, les secondes seront extralaryngées.

Dans ces groupes même des subdivisions importantes apparaîtront dès l'abord. C'est ainsi que dans le premier groupe, la laryngocèle pourra se développer aux dépens de dispositions existant normalement ou au contraire aux dépens de dispositions anormales ordinairement congénitales:

Dans le deuxième groupe la solution de continuité pourrait être complète ou incomplète. Dans ce dernier cas le squelette du larynx pourrait être seul altéré et sa muqueuse intacte ferait hernie à travers le cartilage détruit. Si la solution de continuité est complète, on peut avoir affaire à une altération congénitale (fistule du larynx) ou acquise. Dans ce dernier cas un processus pathologique ou un traumatisme auront pu être la cause déterminante de la laryngocèle.



LARYNGOCÈLE

SANS SOLUTION DE CONTINUITÉ

DES PAROIS DU LARYNX

Nous diviserons son étude en deux parties. La première sera consacrée à la laryngocèle se produisant dans des conditions anatomiques normales; la deuxième à la laryngocèle se produisant dans des conditions anatomiques anormales.

§ I. — Laryngocèle avec dispositions anatomiques normales.

Le larynx présente un squelette cartilagineux généralement fort résistant et, sauf ramollissement ou amincissement pathologique des cartilages, on conçoit assez difficilement que ces parois puissent se laisser distendre au point de former des poches aériennes. Mais il existe des portions membraneuses doublées de

muqueuse, unissant en avant le cricoïde au thyroïde, le cricoïde au premier anneau de la trachée, et en haut, le thyroïde à l'os hyoïde. Ces membranes thyro-hyoïdienne, crico-thyroïdienne, etc..., constituent les points faibles de la paroi laryngienne. On conçoit qu'une distension prolongée et souvent répétée de ces points faibles puissent déterminer à la longue une certaine flaccidité des parois qui se laisseront distendre sous l'influence d'une forte pression intra-laryngée.

C'est l'explication donnée par Larrey au sujet des cas qu'il a observés et il semble en effet que l'on doive rapporter à une cause de ce genre les observations qui sont citées dans son ouvrage.

Les tumeurs qu'il a observées étaient bilatérales, bosselées, crépitantes, tendues, sans changement de coloration à la peau. Elles disparaissaient en partie par la compression. Le repos et une compression méthodique les firent disparaître, mais le moindre effort les faisait réapparaître alors qu'elles semblaient guéries.

Certes l'absence d'autopsie ou de constatation directe ne permet pas d'affirmation absolue à ce sujet, mais c'est tout au moins l'hypothèse la plus plausible.

Chez les malades de Larrey, la tumeur laryngée déterminait de la stase veineuse cérébrale avec maux de tête habituels. De plus les sujets étaient aphones.

La cause déterminante paraissait avoir été les efforts vocaux répétés qu'avaient dû fournir ces sujets.

Les deux observations de Larrey, sont les seules que nous ayons pu trouver se rapportant nettement à

des faits de ce genre et nous les reproduisons ci-dessous.

OBSERVATIONS II et III

Barrey. — *Clinique chirurgicale*, t. II. Paris, 1829.

Depuis notre retour d'Egypte, nous avons eu l'occasion de voir deux sous-officiers, anciens instructeurs, l'un de l'ex-garde, et l'autre de la garde royale, atteints de la même infirmité. L'un d'eux portait de chaque côté du larynx, deux tumeurs ayant chacune la forme et la grosseur d'une pomme, et n'offrant presque pas de différence entre elles. Ces tumeurs étaient tendues, sans changement de couleur à la peau, bosselées, crépitanles lorsqu'on les pressait sous les doigts et tout à fait indolentes. Les deux sujets chez lesquels nous les observâmes, étaient frappés d'aphonie, et ils ne pouvaient se faire entendre, encore à voix basse, qu'en comprimant leur goître avec leurs mains ; ils ne pouvaient respirer non plus un peu librement que la bouche ouverte. Ayant déjà vu ce phénomène, il me fût très facile de caractériser la nature de ces tumeurs, et, pour convaincre mes disciples, je faisais disparaître ce goître en partie au moyen d'une compression graduée que j'exerçais avec mes mains sous leurs yeux. Ces instructeurs militaires s'étaient trouvés dans le même cas que les crieurs des mosquées : ils avaient été, pendant de longues années, obligés de démontrer également et à très haute voix, la manœuvre des armes et tous les éléments de l'art militaire ou du métier de soldat.

La compression excentrique exercée par ces tumeurs sur les vaisseaux superficiels du cou déterminant la stase du sang dans

les sinus de la dure-mère, chez ces deux sujets ; comme chez les Egyptiens dont nous avons parlé, les veines jugulaires étaient dilatées outre mesure, et ces sous-officiers éprouvaient des maux de tête habituels. Ces motifs m'engagèrent d'abord à leur faire ouvrir l'une de ces veines pour obtenir une déplétion directe du cerveau ; nous exerçames ensuite, au moyen de bourses de taffetas pleines de glace pilée, ou de compresses graduées imbibées de vinaigre froid camphré et amoniacé, une compression sur les deux tumeurs, en la dirigeant de bas en haut, et vers les parties latérales du cou, pour ne point gêner le passage de l'air dans la trachée artère. Ces moyens, le repos et un régime rafraîchissant suffirent pour faire disparaître, après cinq ou six semaines de traitement, ces goîtres aériformes ; mais ils se produisaient en partie par les plus légers efforts de la voix, et cette faculté, momentanément rétablie chez ces militaires se perdait aussitôt que la tumeur avait reparu. Ces récitives les firent mettre à la retraite.

Du traitement préconisé par Larrey, nous retiendrons surtout le repos et la compression qui rempliront les indications thérapeutiques capitales dans des faits de cette nature.

§ II. — Laryngocèles avec dispositions anatomiques anormales.

Morgagni avait déjà mentionné en 1723 l'existence de diverticules laryngés auxquels il avait donné le nom d'*appendix ventriculi laryngis*.

Virchow dans son *Traité des Tumeurs*, décrit

une dilatation spéciale des ventricules de Morgagni à laquelle il donne le nom de *laryngocèle ventriculaire*.

« Ce sont de petits sacs allongés, à tuniques minces, partant de la partie supérieure des ventricules, par un orifice assez étroit, et s'étendant quelquefois jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde et même jusqu'à l'os hyoïde, où ils se terminent par une extrémité en forme de massue ».

Ils siègent le plus souvent d'un seul côté; leurs parois sont lisses, l'épithélium en est à cils vibratils, et ils sont remplis d'air; on ne saurait les confondre avec les divers goîtres, car ils sont toujours situés en dedans du cartilage thyroïde.

Dans un cas, Virchow a rencontré un kyste ayant à peu près le volume d'un pois, situé au dessus d'un sac placé près de l'os hyoïde, immédiatement au dessous de la muqueuse de la face externe de l'épiglotte près du frein; ce kyste résultait probablement de l'étranglement du sac voisin.

M. Sappey a donné une excellente description des prolongements des ventricules de Morgagni.

« Cette portion verticale des ventricules laryngés, dit-il, est parfois très courte, ou même elle fait tout à fait défaut. Mais elle remonte souvent jusqu'au bord supérieur du cartilage thyroïde. Quelquefois elle s'élève jusqu'à la partie moyenne de la membrane thyro-hyoïdienne ou jusqu'à l'os hyoïde. Dans certains cas beaucoup plus rares, elle atteint la base de la langue et s'étend sous la muqueuse linguale.... Cette portion verticale se trouve

située entre la portion sus-glottique de la cavité laryngienne et le cartilage thyroïde, de chaque côté de l'épiglotte au milieu d'un tissu cellulaire lâche, qui permet de la distendre par voie d'insufflation.

Les cas de dilatation simple de ces prolongements observés chez l'homme, ne sont pas nombreux. Plusieurs que nous avons lus, paraissent douteux et nous n'oserions pas les rapporter comme tels. Le cas de Cohen-Tervaert de La Haye nous semble être assez net et nous transcrivons ici le résumé de son observation.

OBSERVATION IV

Cohen-Tervaert (La Haye). — *Kyste aérien intra-laryngé.*

Homme de 62 ans, enrôlé depuis 17 ans est atteint depuis un certain temps d'une dyspnée croissante.

L'orifice laryngien est presque complètement obstrué par une grosse bulle partant du côté gauche. La moitié gauche du larynx est immobile. Un confrère avait diagnostiqué une paralysie de la corde vocale gauche. Par une forte inspiration, la glotte étant fermée, et en avalant rapidement de l'eau, la bulle disparaît. La partie gauche du larynx est très épaissie, on ne distingue plus la corde vocale. T. a remarqué que la bulle provenait du milieu de la surface supérieure de la bande ventriculaire tuméfiée. Il sort également une bulle de la bande ventriculaire droite, mais elle est bien recouverte par celle de droite qui est plus grosse.

La bulle doit être le ventricule hypertrophié ou son appendice, qui gonfle lors de la phonation et se fait jour dans la muqueuse à travers une fente. La littérature ne contient pas d'observations analogues. L'auteur à l'intention de retirer la bulle avec un serre-nœud.

Les diverticules des ventricules de Morgagni peuvent quand ils sont très développés traverser la membrane thyro-hyoïdienne et venir faire saillie à la partie antérieure du cou. Tel est le cas rapporté par Bennet en 1865.

OBSERVATION V (Résumée).

Bennet. — *The Dublin Quaterly. Journ. of med.*
sc. 1865. p. 427.

Malformation du larynx.

En 1865, le docteur Bennet, présentait à la Société de pathologie de Dublin, un larynx, sur lequel on remarquait deux poches laryngées complètement développées, comme cela existe dans la classe des quadrumanes. Il a recueilli cette pièce accidentellement, dans la salle de dissection du Trinity-Collège.

Du côté droit, le muscle hyo-thyroïdien étant enlevé, on voit les rapports de la poche avec les parties environnantes; elle repose sur la portion latérale de la membrane hyo-thyroïdienne, qu'elle couvre presque complètement. Apparaissant au dessus du bord du cartilage thyroïde, le sac s'étend en

dehors presque jusqu'au ligament thyroïdien latéral ; son bord inférieur repose sur les vaisseaux et les nerfs laryngés supérieurs, au point où ils pénètrent dans le larynx ; en haut le sac est en contact avec l'os hyoïde. La membrane qui constitue le sac, est mince, en connexion très lâche avec les parties environnantes et elle est parsemée de nombreuses petites glandes.

La portion intra-laryngée, qui communique avec la portion extra-laryngée à travers la membrane hyo-thyroïdienne est en rapport par sa partie inférieure avec le muscle thyro-épiglotique ; plus haut, on voit les muscles thyro-arythénoïdien et crico-thyroïdien. Cette portion intra-laryngée s'ouvre dans le ventricule par un orifice ovalaire et d'environ trois cinquièmes de pouce de longueur.

Après Bennet, Gruber, en 1874, rapporte un cas analogue, il en cite encore trois autres dans la suite.

Nous reproduisons ci-dessous le résumé des observations de Gruber.

OBSERVATIONS VI, VII, VIII et IX (résumées).
Gruber.

Quatre cas de diverticules ventriculaires extra-laryngés.

I. — **Premier cas.** — En 1869, un préparateur a trouvé, à la dissection, une poche remplie d'air sur le côté droit du cartilage thyroïde.

M. le professeur Gruber, prévenu de ce fait, a constaté la même disposition du côté opposé. Il a conservé la pièce et c'est seulement cinq ans plus tard qu'il en a fait un examen minutieux.

Disposition. — Chaque sac monte dans le repli ary-épiglottique en inclinant légèrement en arrière, puis il se tourne en dehors et en haut, traverse la membrane thyro-hyoïdienne, se dirige de nouveau en arrière, et après un court trajet derrière le muscle hyo-thyroïdien, arrive dans la partie postérieure du sillon du même nom, où il se termine en s'élargissant dans toutes les directions, surtout en haut.

Le diverticule droit envoie, au moment de sa première courbe un petit sac secondaire, regardant en haut et en arrière.

La perforation de la membrane hyo-thyroïdienne se trouve : *A droite* : dans la partie postérieure de sa moitié droite à 18 mm. de la ligne médiane, à 22 mm. devant le ligament hyo-thyroïdien latéral, à 6 mm. au dessus du bord supérieur du cartilage [thyroïde, à 25 mm. de la corne supérieure du même cartilage : *A gauche* : immédiatement au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde, à 20 mm. de la ligne médiane, à 25 mm. devant le ligament hyo-thyroïdien latéral, à 15 mm. de la corne supérieure du cartilage thyroïde.

Forme. — Elle est celle d'un tube en zig-zag et présente trois portions. — Une inférieure, ou intra-laryngée, — une médiane, — et une supérieure ou extra-laryngée. — Les orifices d'entrée des deux sacs présentent un rétrécissement; de même il existe des étranglements à chaque coude. La partie inférieure est verticale, légèrement inclinée en arrière, aplatie, conique. En bas elle s'ouvre dans le ventricule, en haut et en dehors elle se continue avec la partie moyenne. Celle-ci représente un tube dirigé en haut et en dehors et aboutit à la partie extra-laryngée. Cette dernière se montre sous la forme d'un sac, dont la base est dirigée en bas et le sommet en haut.

La portion intra-laryngée est analogue aux diverticules normaux du ventricule, les deux autres sont surnuméraires.

Siège. — La partie inférieure est logée dans le repli ary-

épiglottique. En dehors de sa base on trouve le muscle thyro-aryténoïdien externe, au dessus et en dedans de son sommet, le muscle ary-épiglottique.

Le segment moyen repose au dessous de la muqueuse du *sinus piriformis*.

La partie extra-laryngée est recouverte par le peaucier et l'aponévrose cervicale, dans laquelle court la veine faciale antérieure.

Entourée par un tissu conjonctif lâche et un peu de graisse, elle est située dans la partie antéro supérieure du trigone omohyoïdien, au dessus de la glande sous-maxillaire, du ventre postérieur du muscle digastrique, du muscle stylo-hyoïdien, au-dessus du nerf hypoglosse. Plus profondément, elle se trouve au dessous de l'os hyoïde, dans la partie latérale de l'espace hyo-thyroïdien, dans le trigone formé par l'os hyoïde, le muscle hyo thyroïdien et le muscle thyro-pharyngien.

Les portions extérieures reposent encore, surtout à l'état d'affaissement, sur le larynx à savoir: *Le droit* sur la partie supérieure du cartilage thyroïde et un peu sur le muscle hyo-thyroïdien. *Le gauche* sur la partie extérieure du muscle hyo-thyroïdien au-devant de la ligne oblique du cartilage thyroïde jusqu'à la moitié de la hauteur de ce dernier.

Enfin ces portions se trouvent au devant de l'artère carotide externe et de l'origine de l'artère thyroïdienne supérieure.

Structure. — Chaque diverticule se compose de deux sacs membraneux, emboîtés l'un dans l'autre. Le sac interne est formé par la muqueuse laryngée herniée; le sac externe est constitué: le long du trajet intra-laryngé, par le prolongement mince et élastique de la membrane quadrangulaire, qui se perd dans la membrane hyo-thyroïdienne et dans sa partie extra

laryngée, par un mince prolongement de la membrane hyo-thyroïdienne.

Il existe de nombreuses glandes muqueuses dans la partie inférieure, comme dans les diverticules normaux, mais dans les deux autres segments elles manquent complètement.

La réduction ne se produit pas spontanément. Ce phénomène est facile à expliquer du côté droit vu l'étroitesse de la portion moyenne, au moment où elle traverse la membrane hyo-thyroïdienne. Du côté gauche, l'auteur tend à admettre une disposition en soupape. Il ne veut pas inciser la pièce, qui est destinée à être conservée.

Grüber s'étend ensuite longuement sur l'analogie de ces diverticules avec ceux que l'on trouve chez les jeunes gorilles et le chimpanzé à l'état normal.

II. — Dans le **deuxième cas**, que le même auteur a publié en 1876, le diverticule siégeait du côté gauche. Le sac extra-laryngé était moins développé que dans le cas précédent, mais la structure, le trajet et la position étaient presque identiques. En revanche, contrairement au cas précédent, les glandes muqueuses existaient aussi dans la partie moyenne.

III. — Dans le **troisième cas**, l'anomalie était bilatérale, un peu plus développée du côté droit. Chaque diverticule présente une portion extra-laryngée, qui s'étend dans l'espace hyo-thyroïdien du côté correspondant, depuis le ligament hyo-thyroïdien médian jusqu'au ligament hyo-thyroïdien latéral, au devant de la membrane du même nom qui lui fournit sa gaine.

Sous-aponévrotique dans sa partie externe, ce sac est couvert par le muscle hyo-thyroïdien dans sa partie interne. Sa longueur est de 30 millimètres dont 16 millimètres sous le muscle hyo-thyroïdien et de 14 millimètres sous l'aponévrose.

Hauteur : 10 millimètres à l'état de vacuité et 14 millimètres après son gonflement. Largeur 10 millimètres.

IV. — Dans le **quatrième cas**, le diverticule était extra-laryngé du côté droit, intra-laryngé seulement du côté gauche, où il monte un peu au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde.

Le diverticule droit avait une longueur totale de 34 à 36 millimètres dont 10 millimètres dans la portion intra-laryngée, 12 millimètres dans la portion moyenne et 12 millimètres dans la portion libre. Sa largeur était de 12 millimètres dans la partie intra-laryngée, 11 millimètres dans la portion moyenne et 12 à 14 millimètres à la base de la partie libre, qui est conique et finit par un fond arrondi.

A côté des observations de Gruber et de Bennet se placent les deux observations de Ledderrhose qui ont d'ailleurs trait à un même malade. Ce malade était également porteur de deux sacs aériens : l'un extra-laryngé, l'autre intra-laryngé, communiquant par un orifice situé à la partie postérieure de la membrane hyo-thyroïdienne. Ils s'étaient sans aucun doute développés par suite de la dilatation d'un diverticule congénital du ventricule laryngé.

OBSERVATION X (Résumée).

Ledderrhose. — *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie*, Leipzig, 1885, vol. XXII, p. 206.

Prolongement extra laryngée du diverticule de Morgagni.

Adam B..., charron à Volierdingen, en Lorraine, âgé de 58 ans, affirme qu'il s'est toujours connu la voix rauque. Il y a deux ans; il a remarqué, touchant par hasard le côté de son cou, au voisinage du larynx, une petite voussure qui se laissait facilement déprimer. Cette grosseur augmenta progressivement de volume durant une année, et, depuis, elle est restée à peu près stationnaire elle était toujours facilement dépressible, et si l'on enveloppait solidement le cou avec une étoffe on pouvait l'empêcher de ressortir, du moins partiellement. Elle se reproduisait pendant la toux, la parole, la déglutition et pendant tous les efforts. Quand le malade déprimait cette tumeur, il entendait un bruit de glouglou très distinct et il en conclut, que le contenu était de l'air. Quelques mois après avoir remarqué l'existence de cette voussure, il eut un enrouement qui s'accrut de plus en plus. Dans ces derniers mois, survint aussi une toux violente, et il expectora des mucosités. En outre il a observé récemment, que si les aliments solides passaient bien, il déglutissait moins facilement les liquides. Il pouvait les prendre seulement en petite quantité, et encore avec un certain effort. En voulait-il avaler une quantité plus grande, les liquides remontaient souvent dans la cavité nasale et ressortaient par le nez. Le patient souffrait surtout de son affection la nuit. Était-il couché sur le côté droit, il était obligé

d'exprimer très fréquemment la tumeur, tellement la respiration était difficile. Se trouvait-il sur le côté gauche, elle se remplissait moins facilement.

Rien d'anormal du côté gauche du larynx.

Le sac extérieur est-il gonflé, au laryngoscope on voit à l'intérieur du larynx, sur sa paroi droite, une tumeur lisse, ronde, à base très large ; sa paroi supérieure se confond avec le ligament ary-épiglottique et s'étend en largeur presque jusqu'à la paroi gauche. Si l'on comprime le sac extérieur gonflé, alors la voussure intra-laryngée se déplace à gauche. Cesse-t-on la compression, elle revient à droite.

Le malade souffre tant, qu'il désire vivement qu'on lui enlève sa tumeur et M. le professeur Lucke a pratiqué l'opération, le 4 octobre 1884, de la manière suivante : Anesthésie sous le chloroforme. Le sac est à moitié plein. Incision parallèle aux gros vaisseaux du cou, entre ceux-ci et la ligne médiane. On incise la peau, le muscle peaucier et l'aponévrose superficielle. Le sac apparaît à découvert, légèrement transparent de couleur bleuâtre. Il est incisé et l'air qui y est contenu s'échappe. On l'isole des parties environnantes, aux quelles il adhère faiblement. Sa base adhérait à la surface antérieure de la moitié droite et de l'os hyoïde par un tissu plus rigide. Un nerf aplati, probablement le nerf laryngé supérieur parcourait la paroi supérieure du sac d'arrière en avant. On le sépara facilement de la tumeur et on le repoussa en haut. L'ouverture, par laquelle le sac sortait à travers la membrane hyo-thyroïdienne, était située à la partie postérieure de la moitié droite ; le bout du doigt y entraît facilement. Une fois sorti de la membrane, le sac s'élargissait et avait deux fois le volume de l'orifice de sortie. A peine un centimètre devant celle-ci, on a réuni par une suture transversale les deux parois du kyste alors superposées et on a lié les deux bouts du fil,

qu'on a fait ressortir par la plaie, après leur avoir fait faire deux fois le tour du pédicule. Ensuite on a réséqué le sac tout près de la ligature, et on a fait encore deux points de suture. On lava la plaie avec une solution de sublimé au millième, on mit un drain et on la pansa avec de l'iodoforme et du sucre. — Chose singulière, pendant l'opération, les tractions un peu fortes sur la poche kystique, provoquaient des irrégularités dans la respiration du malade

Suites de l'opération normales; pas de fièvre. Dans les premiers jours l'enrouement a augmenté, de plus une légère dysphagie passagère s'est manifestée. Le huitième jour, après l'opération, on enlève le fil à ligature par une légère traction; alors durant quelques jours, quelquefois pendant la déglutition on voit sortir de l'air par la fistule cutanée. — Le douzième jour, le malade est sorti avec une plaie complètement refermée. La cicatrice cutanée était adhérente à la membrane hyo-thyroïdienne, et suivait les mouvements du larynx en haut et en bas.

M. le professeur Recklinghausen, a minutieusement examiné le sac de la tumeur, immédiatement après l'opération et m'a fait le rapport suivant : « Kyste aérien du cou. Il forme un sac très extensible, qui revenu sur lui-même, a le volume d'un marron, et possède une large ouverture. Les parois sont intérieurement lisses. Elles présentent, par endroits des voussures, où elles sont plus épaisses et plus dures. Elles sont très rouges et ont l'aspect d'une muqueuse. Dans les couches extérieures, la rougeur est encore plus intense à cause de l'hémorrhagie. On fait des coupes de la membrane encore fraîche, en plusieurs endroits. On constate un épithélium à cils vibratiles, très évidents, et sur les cellules, qui d'après leur forme et leur volume ressemblent aux cellules épithéliales des voies aériennes supérieures, on observe durant plusieurs heures une vibration très intense. Après dur-

cissement dans le liquide de Müller, puis l'alcool, on constate, partout où l'épithélium est resté intact, qu'il se compose de deux à trois couches, et au fond sa disposition ressemble absolument à l'épithélium du larynx. Il repose sur une couche de tissu conjonctif et on ne remarque nulle part, ni papilles ni dépressions (glandes et conduits glandulaires). Malgré des recherches minutieuses on n'a pas trouvé de glandes muqueuses. Le tissu conjonctif contient, au contraire, des groupes plus ou moins considérables de cellules lymphatiques, pour la plupart sans limites précises, quelques-uns cependant plus nets, plus épais, plus riches en cellules, pourvus d'un réticulum fin, auxquels on pourrait donner le nom de follicules lymphatiques. Il est possible de suivre ces groupes de cellules lymphatiques dans la couche la plus superficielle de la muqueuse et dans la couche la plus profonde, où ils sont plongés sans ordre dans les tissus, accompagnant les vaisseaux, aussi bien les capillaires que les rameaux les plus volumineux, de préférence les veinules. Le tissu conjonctif est, en général, assez délicat, et contient des fibres ondulées et élastiques ; cependant ces dernières sont peu nombreuses. Dans les endroits plus durs et plus épais de la paroi kystique, le tissu conjonctif forme des faisceaux de filaments parallèles, comme dans le tissu tendineux. Partout les réseaux vasculaires sont bien injectés. L'épaisseur de cette couche de tissu conjonctif est de 0,3 à 1 millimètres et au delà.

De la face externe du sac on peut enlever une deuxième couche de tissu conjonctif, peu adhérente, qui est riche en vaisseaux. Elle ne contient ni groupes ni cellules lymphatiques, ni glandes muqueuses, ni autres organes spéciaux, à peine renferme-t-elle quelques fibres musculaires.

On peut concevoir que la paroi entière est formée par la

muqueuse et la sous-muqueuse des voies respiratoires et peut-être du ventricule de Morgagni. »

Sans discuter les hypothèses possibles pour expliquer cette anomalie, ajoute M. Ledderhose, on peut conclure de suite, que le sac aérien est, sans aucun doute, un diverticule extralaryngé du ventricule de Morgagni, qui a acquis un développement considérable.

L'observation suivante n'est que la suite de celle que nous venons de rapporter. Il s'agit du même malade revu par Ledderhose.

OBSERVATION XI (Résumée).

Ledderhose. — *Deutsche Zeitschr. für chirurgie*, Leipzig, 1889, vol. XXIX page 411.

Tumeur aérienne intra-laryngée. — Laryngotomie.

Depuis l'opération, dans laquelle on a extirpé le sac extralaryngé, j'ai revu plusieurs fois mon malade. L'état du larynx est resté à peu près le même. Au commencement du mois de février 1889, le malade est rentré dans mon service, se plaignant beaucoup de son affection. Depuis quelques temps, le sommeil nocturne était troublé par des accès de suffocation, qui revenaient régulièrement. Ils étaient si fort, à différents intervalles, que la respiration artificielle seule, longtemps entretenue, pouvait les faire disparaître. Les boissons sucrées et chaudes soulageaient beaucoup le malade, à son dire, dans les accès de moyenne intensité.

A l'examen du malade on voit, que la plaie opératoire est très bien cicatrisée, sans qu'on ait à craindre de récidence ; la tumeur intérieure proémine dans la cavité laryngée dont elle dépasse la ligne médiane ; de plus, de la partie postérieure de sa base, au dessus du cartilage aryténoïde droit s'étend, à gauche, un repli muqueux d'un centimètre de hauteur qui pendant la respiration flotte continuellement en haut et en bas. Dans la première nuit de son séjour à l'hôpital, le malade a eu un accès de suffocation très violent. J'ai dû intervenir sur le champ et je me suis décidé à fendre le larynx.

Le 21 février, on pratiqua, sous le chloroforme, la trachéotomie ; on introduisit la canule à tampon de Trendelenbourg et en fendit le larynx depuis la base de l'épiglotte, jusqu'à la trachée. L'artère crico-thyroïdienne ne donna lieu à aucune hémorrhagie. Autour de la canule était disposé de la gaze iodoformée. La tumeur s'est complètement affaissée et repose sur le bord de l'épiglotte sous la forme d'un sac flasque. On l'enlaça et on la réséqua à sa base.

Le sac se prolongeait évidemment dans le repli muqueux mentionné ci-dessus, et l'extirpation de ce prolongement fut faite en même temps. L'étendue de la plaie laryngée fut limitée par deux sutures au catgut. Vu la persistance d'une forte hémorrhagie dans la cavité laryngée, j'ai renoncé à suture la peau, j'échangeai la canule à tampon par une canule ordinaire et bourrai complètement le larynx avec de la gaze iodoformée.

Le lendemain le malade, sans fièvre, a pu avaler des aliments liquides. Le tampon était enlevée, et la plaie cutanée réunie à l'aide d'un emplâtre au zinc.

Le surlendemain de l'opération, la canule était enlevée et la plaie cutanée complètement refermée par deux sutures profondes.

Pendant l'opération on a enlevé deux parties de la tumeur. D'abord, la membrane correspondant à la partie proéminente du kyste ; elle se composait de deux lamelles, réunies faiblement par un tissu cellulaire lâche. La lamelle extérieure regardant la cavité du larynx examinée à l'état frais, était lisse et couverte d'un épithélium bas, stratifié ; l'intérieure qui tapissait le kyste aérien, était ridée, et portait un épithélium cylindrique à cils vibratiles, composé de plusieurs couches.

La deuxième pièce n'est autre chose que la paroi externe du kyste, qui couvrait la surface interne de la membrane thyro-hyoïdienne. Sur la surface qui regarde l'intérieur du kyste, on voit une couche d'épithélium à cils vibratiles ; sa surface externe formée de tissu cellulaire lâche. Du côté épithélial, se trouve une petite induration, d'où s'irradiaient de petits plis. Elle correspondait évidemment à l'endroit où, jadis, le sac extra laryngé fut lié et amputé. De plus on trouva sur un bout de la membrane un anneau qui s'élevait perpendiculairement sur elle, assez large pour laisser passer un crayon mince, à travers lequel la muqueuse se continuait sur une petite étendue. C'était certainement là, la place où le kyste aérien communiquait avec le ventricule laryngé. Il fut extirpé avec une petite portion de la muqueuse ventriculaire.

Il a du exister une anomalie congénitale, un diverticule du ventricule de Morgagni, se prolongeant en dehors du larynx. L'air entraînait dans ce cul-de-sac sous une pression assez élevée, il y était retenu, peut-être, par une espèce de soupape et c'est de cette façon que se développa sans doute le gros sac extra-laryngé. De la même manière on peut expliquer la dilatation du diverticule dans l'intérieur du larynx.

OBSERVATION XII (Résumée).

Beausoleil. — *Revue de laryngologie, d'otologie et rhinologie*,
1894, page 681.

Un cas de laryngocèle.

Pierre R..., âgé de 50 ans, cultivateur, vient consulter pour un obstruction nasale et un enrouement assez prononcé.

Il y a cinq ans, il a commencé à s'apercevoir qu'il éprouvait une certaine gêne pour respirer par le nez. A peu près à la même époque il eut une très forte bronchite avec violentes crises de toux survenant par quintes de très longue durée. Cette toux opiniâtre a persisté pendant trois ans. Un an après le début de la bronchite, la voix est devenue enrouée. Le malade a alors constaté que pendant les efforts de toux, il se formait « sur le côté du cou une petite grosseur » qui disparaissait aussitôt après. Le laryngoscope montre, que toute la muqueuse laryngée est rouge. Cette rougeur se continue jusque dans la trachée. Du côté droit du larynx on constate, pendant la phonation, une tumeur rouge de forme irrégulière, à grosse extrémité antérieure, mesurant un centimètre de long, sur un demi-centimètre de large, qui vient masquer, dans presque toute son étendue, la corde vocale, au-dessus de laquelle elle est immédiatement située. Cette tumeur molle, très sessile, paraît être formée, en partie, au dépens de la muqueuse antéro-inférieure de la bande ventriculaire et surtout de la muqueuse du ventricule de Morgagni, de telle sorte, qu'à première vue on croirait se trouver en présence d'une véritable éversion du ventricule.

Extérieurement on voit une petite tumeur située sur la région antéro-latérale droite du cou, un peu en avant et au-dessous de la grande corne de l'os hyoïde, à quatre centimètres environ, en arrière de la partie saillante du cartilage thyroïde. Cette saillie grosse comme une noisette à l'état normal et pendant l'inspiration, augmente sensiblement de volume pendant la déglutition. Dans l'effort violent et soutenu elle atteint une dimension beaucoup plus considérable et devient de la grosseur d'une mandarine.

Au toucher, la tumeur est molle, dépressible, élastique et nettement crépitante. Si l'on place le doigt dessus et que le malade fasse un effort, la bouche et le nez fermés, on a très exactement la sensation de l'air entrant dans une poche. La peau qui la recouvre ne présente aucune modification.

Comme nous l'avons dit, la voix est très enrouée, mais si l'on essaye de faire parler le malade, pendant qu'avec la pulpe du doigt on comprime la tumeur, même très légèrement, il devient aphone, il ne peut articuler le moindre son, la voix est complètement étouffée.

Cette observation paraît en somme se rapporter à des cas du type de Bennet et de Gruber. Malheureusement aucun examen direct (opération, autopsie) n'est venu apporter de confirmation.

OBSERVATION XIII

C. Benda et Fr. Borchert. — (*Berlin, Klin. Woch.*,
9 août 1897).

Laryngocèle ventricularis als Todesursache.

Homme de 43 ans, grand buveur, de famille tuberculeuse, enrôlé depuis l'âge de 16 ans, sans avoir jamais eu d'accès de suffocation. Admis pour phtisie avancée des poumons avec épanchement pleurétique, au bout de quelques jours, il est pris de délire alcoolique aigu et meurt brusquement.

Autopsie. — Œdème des espaces sous-arachnoïdiens ; bronchite purulente et caséuse ; foyers caséux multiples de broncho-pneumonie, dilatation et hypertrophie du ventricule droit du cœur.

Vestibule du larynx obturé par un diverticule emphysémateux du sinus de Morgagni. Le vestibule du larynx est rempli par la saillie globuleuse de la paroi laryngée du repli aryépiglottique gauche et de la muqueuse de la fausse corde vocale correspondante. Celle-ci, qui a conservé sa forme et sa situation, se trouve appliquée sur la vraie corde vocale et ferme ainsi l'entrée du ventricule. La tumeur est molle, dépressible et élastique comme une aérocele ; disparaissant momentanément sous la pression du doigt ; elle ne tend pas à se reproduire spontanément. Le ventricule gauche de Morgagni est légèrement dévié en dehors et en haut. Du sommet de l'arrière cavité naît un étroit canal, perméable pour une grosse soie, qui se dirige obliquement en avant et en haut pour débou-

cher obliquement par une fossette dans une grande cavité tapissée de muqueuse. Cette cavité, placée horizontalement, comprend une partie intra-laryngée et une partie extra-laryngée. La première est oviforme, l'un de ses pôles correspond à la saillie en dedans de la fausse corde vocale; l'autre à un léger étranglement par lequel le sac se continue avec la portion située en dehors du larynx. Cette portion extra-laryngée du diverticule est recouverte en haut par la muqueuse du sinus piriforme et la base de la langue et elle s'étend en dehors et en avant jusqu'au dessous de la corne hyoïde, en se prolongeant entre les muscles qui descendent de l'os hyoïde. Le diverticule a une longueur totale de 4 centimètres $1/2$ dont 2 $1/2$ pour sa portion laryngée; sa largeur est de 2 centimètres, un peu moindre dans sa portion extra-laryngée. Ses parois sont revêtues d'épithélium vibratile. A droite, le ventricule de Morgagni est normal.

En résumé, nous voyons qu'il existe deux types bien nets de laryngocèles survenus dans des conditions anatomiques anormales et d'origine congénitale.

Dans le premier type (laryngocèle ventriculaire de Virchow), il existe une dilatation du prolongement du ventricule de Morgagni. Mais cette dilatation est intra-laryngée, située constamment en arrière de la membrane hyo-thyroïdienne.

Dans le deuxième type (Bennet, Gruber), la dilatation précédente se continue avec une deuxième poche, celle-ci nettement extra-laryngée et placée en avant de la membrane thyro-hyoïdienne.

Ce deuxième type est en somme un type intermé-

diaire entre les laryngocèles sans solution de continuité de la paroi laryngée et les laryngocèles avec solution de continuité de cette paroi.

Dans le premier type, la tumeur sera surtout appréciable à l'examen laryngoscopique, elle pourra même ne pas faire saillie à l'extérieur si le kyste est peu développé comme dans le cas de Cohen-Tervaert.

Dans le deuxième type, il existe deux tumeurs, l'une appréciable au laryngoscope, l'autre appréciable à la vue, à la palpation et faisant saillie à l'extérieur.

Ces tumeurs sont généralement plus ou moins arrondies, flasques lorsqu'elles sont vides, tendues lorsqu'elles sont remplies d'air.

La peau qui recouvre la tumeur extra-laryngée n'est pas adhérente: La tumeur extra-laryngée est reliée aux plans profonds par une base plus ou moins pédiculée.

La tumeur est ordinairement réductible par la pression. Mais cette réduction peut se faire lentement si l'orifice de communication est étroit. Elle est sonore à la percussion quand elle est remplie d'air.

La tumeur intra-laryngée proémine à l'intérieur du larynx. Elle diminue de volume pendant l'inspiration, augmente, au contraire, à la suite des efforts. Elle masque alors l'orifice glottique, dépasse la ligne médiane et atteint presque la paroi du côté opposé dans certains cas. Sa paroi supérieure peut se confondre avec le ligament ary-épiglottique.

Les troubles fonctionnels varient avec le volume de la tumeur. La voix est généralement modifiée, enrouée,

étouffée. La toux et l'expectoration paraissent indépendantes de la tumeur. La respiration peut être très gênée si la tumeur est volumineuse et tendue. Le malade de Ledderhose avait des accès de suffocation très intenses survenant surtout la nuit.

Ce sont ces troubles fonctionnels qui commanderont l'intervention chirurgicale. La compression n'est qu'un moyen palliatif, sans action d'ailleurs sur la tumeur intra-laryngée. On devra donc avoir recours à l'ablation des deux tumeurs extra-laryngée et intra-laryngée. On pourra suivre la conduite de Ledderhose et pratiquer comme premier temps de l'opération une trachéotomie. Grâce à cette trachéotomie, on pourra fendre le larynx et le tamponner, au besoin, l'opération terminée.

LARYNGOCÈLE

AVEC SOLUTION DE CONTINUITÉ

DES PAROIS DU LARYNX

La solution de continuité pourrait *à priori* être complète ou incomplète. Incomplète elle pourrait comprendre seulement le squelette cartilagineux et laisser intacte la muqueuse qui le tapisse. Cette muqueuse ferait hernie grâce à la pression intra-laryngée et elle constituerait une poche extérieure remplie d'air. L'existence d'une semblable hernie de la muqueuse est possible, mais nous n'en avons pas trouvé d'exemple précis et nous n'y insisterons pas. Un certain nombre d'auteurs rapportent à cette catégorie l'observation d'Hutchinson. Mais cette observation ne contient rien de semblable et rien ne dit qu'il s'agisse d'une hernie de la muqueuse laryngée.

Nous nous arrêterons donc seulement à la solution de continuité totale, la seule variété affirmée par des documents précis.

Les causes de cette solution de continuité peuvent, *à priori*, être multiples. On pourrait invoquer une plaie pénétrante avec suture de la plaie superficielle et fissure profonde au niveau du larynx. Des cas analogues ont été rapportés à propos des tumeurs gazeuses de la trachée. Mais nous n'avons rien trouvé de semblable dans la bibliographie de la laryngocèle.

L'ouverture d'une poche purulente, d'un abcès de voisinage dans la cavité laryngée pourrait donner naissance à une laryngocèle. L'air peut en effet remplacer le pus qui s'écoule dans le larynx en passant par l'orifice formé spontanément. Mais si la chose est possible, elle n'a pas été observée à notre connaissance.

On a aussi invoqué l'existence de fistules borgnes internes communiquant avec le larynx et pouvant former une laryngocèle sous l'influence de toux, d'efforts répétés. Nous ne connaissons pas de fait bien net pouvant se rapporter à cette variété. Seule l'observation de Madelung pourrait à la rigueur être interprétée de cette manière. C'est l'hypothèse qui paraît la plus vraisemblable à l'auteur. Mais en réalité, sa pathogénie est obscure et il est difficile d'en conclure avec certitude.

OBSERVATION XII (Résumée).

Madelung.— *Archiv. für clin. Chirurgie*, Berlin, 1890, t XL, page 638.

Laryngocèle médiane.

A. R..., 20 ans, domestique, était envoyé par le docteur Ehrlich de Marlow à la clinique chirurgicale de Rostok, le 4 août 1888. Le père du malade est mort d'une affection du poumon. A son dire, lui-même avait toujours été bien portant. Jamais il n'avait eu de toux ni d'enrouement. Trois semaines avant son entrée à l'hôpital, vers la moitié de juillet 1888, il se formait, sous le bord de son maxillaire inférieur, des deux côtés, des ganglions douloureux, qui ont rendu difficile l'ouverture de la bouche. Huit jours plus tard, enrouement subit et léger gonflement de la région du larynx. De nouveau, dans la nuit du 29 au 30 juillet survient brusquement chez ce malade, pendant un violent accès de toux, une tumeur pré-laryngée, d'une grosseur d'un œuf de poule. Venait-il à la comprimer, elle disparaissait en grande partie, et un bruit sifflant était nettement perçu alors. La tumeur se reformait bientôt, et atteignait parfois un volume notable. Ces derniers jours la toux et l'enrouement ont augmenté.

Etat actuel. — Homme fort. Teint florissant. Respiration libre. Voix éteinte. Ganglions lymphatiques sous-maxillaires et sous-mentaux légèrement tuméfiés. Les organes internes, particulièrement le poumon, ne présentent rien de pathologique. Sur la face antérieure du cou, entre l'os hyoïde et le cartilage cricoïde, se trouve une tumeur, recouvrant complètement le

cartilage thyroïde. Sa surface est lisse et son volume peut être approximativement comparé à la moitié d'une pomme de grosseur moyenne. La peau est normale et peut être déplacée sur la tumeur. Celle-ci peut être nettement circonscrite des deux côtés; en arrière elle repose largement sur le larynx, dont elle ne peut pas être séparée. Sa consistance est molle. Sonorité tympanique à la percussion. Sous une forte pression, qui n'est nullement douloureuse, une partie de son contenu se vide, probablement dans le larynx, en faisant entendre un gargouillement. La tumeur est alors diminuée de volume, mais ne disparaît pas totalement. Sous des efforts de toux répétés du malade, la tumeur se remplit à nouveau.

Le 7 août 1888, opération sous l'anesthésie. Incision en arc sur le bord inférieur de la tumeur et dissection d'un lambeau en forme de langue, dont la base repose sur l'os hyoïde et qu'on rabat en haut. Par une deuxième incision on ouvre la capsule de la tumeur et il en sort de suite de l'air. Ce qui reste dans cette cavité ouverte est de la bouillie épaisse, ressemblant au contenu d'un kyste athéromateux. On l'enlève et on aperçoit la paroi postérieure de la capsule, qui est lisse et adhère directement au larynx. Au niveau de l'angle formé par les ailes du cartilage thyroïde sur sa partie inférieure, on trouve une fente de 15 millimètres de longueur et de quelques millimètres de largeur. Ses bords sont lisses. A remarquer, que la surface antérieure du larynx était notablement modifiée. Les lames du cartilage thyroïde étaient repoussées dans l'intérieur du larynx par le sac qui leur adhérait. Chose essentielle, le sac était divisé en deux parties à peu près de la même grandeur; l'une antérieure, l'autre postérieure, par les muscles sterno-thyroïdien, qui lui donnaient l'aspect d'un sablier. — On a ensuite pratiqué une trachéotomie inférieure et alors seulement, on a enlevé la paroi du kyste. Restait une plaie cavitaire, qu'on a

tamponné avec de la gaze iodoformée. La respiration se fait par la canule trachéale.

Le 11 août, on enlève les tampons et on repousse le lambeau dans la plaie cavitaire pour obtenir la réunion de deux surfaces cruentées.

Le 17 août, le lambeau cutané est bien réuni. On enlève la canule. Le malade respire presque sans difficulté. Il parle bien. L'enrouement s'est amélioré.

Le 22 septembre le malade sort de l'hôpital. Son état général était bon. Pas de fièvre. Cependant l'enrouement et les symptômes de laryngosténose persistaient, mais à un faible degré. La pomme d'Adam est absente, mais les autres parties présentent un aspect normal. Chose digne de remarque la peau ne bombait plus du tout pendant la toux.

Examen de la poche. — A la surface interne du sac on rencontre des granulations tuberculeuses bien développées avec beaucoup de cellules géantes et des foyers caséeux de large dimensions, communiquant les uns avec les autres, et qui, d'après leur coordination, ne laissent aucun doute à leur origine. Enfin, la couche la plus interne du sac, se compose uniquement d'une masse dégénérée qui ne se laisse plus colorer. Malgré des recherches répétées, la présence du bacille de Koch n'a pu être décelée, mais d'après les constatations antérieures on voit, qu'il s'agit évidemment de tuberculose.

Depuis, j'ai eu des nouvelles du malade par son propriétaire qui lui témoignait un intérêt particulier. « Pendant cinq semaines l'état général de R..., est resté très bon, et il voulait se remettre au travail. Son appétit était excellent. Ses forces ont augmenté. Il ne s'est pas alité jusqu'à sa mort. Il ne toussait pas et ne se plaignait point de sa gorge. Le soir du 4 décembre 1888, au dîner, il éprouve subitement de la difficulté pour respirer, comme s'il avait avalé de travers. Ces phéno-

mènes ont diminué, puis repris de nouveau. Il ne s'est pas couché. Dans la nuit, vers trois heures il s'est levé subitement de sa chaise, et a dit d'une voix claire à ses parents : « Je me meurs. »

Ceux-ci l'ont reçu dans leur bras et il mourut. On n'a remarqué aucun gonflement extérieur du cou.

Après avoir écrit cette observation, Madelung passe en revue les différentes hypothèses auxquelles il est permis de songer en présence d'un fait de ce genre.

Il considère comme la plus probable l'hypothèse suivante : Le malade avait un diverticule congénital, qui communiquait avec le larynx, par une fente mince, située entre les deux lames du cartilage thyroïde. Ce diverticule était rempli de mucosités et formait une tumeur assez grosse qui était repoussée contre la paroi antérieure du larynx, par les muscles du cou. Le bacille de Koch a élu domicile dans ce sac, où il a pu se développer dans les plus favorables conditions. A la suite des ravages de la tuberculose, les parois étaient tombées en dégénérescence et leur résistance était devenue des plus faibles. L'impulsion de la toux refoulait l'air en quantité considérable, dans ce diverticule et il se forma une laryngocèle extérieurement perceptible.

Nous avons examiné jusqu'ici les solutions de continuité d'origine extra-laryngée. Envisageons maintenant les solutions de continuité d'origine intra-laryngée. Nous en connaissons deux avec exemple à

l'appui. Ce sont : un traumatisme intra-laryngé et une ulcération intra-laryngée.

Il semble que ce soit bien le traumatisme intra-laryngé qu'il faille invoquer dans l'observation suivante :

OBSERVATION XIII (Résumée).

Broca. *In* thèse de Koutnik.

Tumeur gazeuse du cou, d'origine laryngée, paraissant survenir à la suite d'intubation répétées du larynx. — Incision de la poche. — Extirpation partielle. — Persistance d'un trajet fistuleux.

Doux, Louis, 3 ans 1/2. — *Antécédents héréditaires* ne présentent rien de particulier. La mère a eu quatre enfants, dont un mort d'athrepsie, deux bien portants et le troisième est l'enfant en question.

Antécédents personnels. — L'enfant est né à terme ; il a été élevé au sein jusqu'à l'âge de 9 mois, puis au verre pendant les six mois consécutifs. Rachitique pendant les deux premières années, il n'a marché qu'après l'âge de deux ans. Vers l'âge de dix-sept mois il contracte une coqueluche assez bénigne, qui évolue sans complications. A l'âge de trois ans, quinze jours environ après le début d'une rougeole, l'enfant est atteint du croup. On le transporte à l'hôpital Trousseau, où il est admis, le 31 octobre 1895, dans le pavillon Breton-

neau. Placé dans la chambre de vapeur, il est malgré cela, tubé quelques heures après son arrivée. Dans la nuit on pratique de nouveau l'intubation du larynx, le premier tube ayant été dégluti. Le lendemain l'enfant est tubé à plusieurs reprises (trois fois) les tubes paraissant se boucher assez facilement. L'enfant sort du pavillon Bretonneau, quatre semaines environ après le début du croup.

Dans le courant du mois de janvier les parents s'aperçurent que l'enfant portait à la partie antérieure du cou, sur la ligne médiane, une petite tumeur de la grosseur d'une noisette. Cette tumeur complètement indolore augmenta de volume les jours suivants.

On vient à la consultation le 13 février et l'enfant est admis à la salle Denonvilliers, dans le service de M. le professeur Lannelongue suppléé par M. le docteur Broca.

Etat à l'entrée. — L'enfant jouit d'un état général médiocre. Il présente à la partie antérieure du cou une tumeur globuleuse, symétriquement placée sur la ligne médiane, qui s'étend de l'os hyoïde jusque vers le creux sus-sternal; de chaque côté la tumeur s'étale sur les parties latérales du larynx. La peau qui la recouvre est normale, sans cicatrice; on voit dans sa profondeur les veines sous-cutanées légèrement dilatées. Cette peau, sans adhérence, est parfaitement mobile sur la tumeur.

La tumeur monte et descend pendant les mouvements de déglutition; elle n'augmente pas de volume pendant les cris ou l'effort; elle n'est animée ni de sifflement, ni de battement. La palpation révèle qu'elle est fluctuante dans toute son étendue. Sonore à la percussion, elle est irréductible sous une pression même prolongée. En essayant de se rendre compte de la nature des parois, on constate que la tumeur possède une tunique de consistance ferme, fibreuse, qui existe sur toute son étendue,

sauf en un point à la partie supérieure gauche où l'aspect uniformément lisse de la paroi présente une légère bosse de consistance molle et fluctuante.

La tumeur n'est pas pédiculée : elle est adhérente par une large base à la partie antérieure ou latérale du conduit laryngo-trachéal.

L'enfant est presque aphone ; il jette cependant de temps à autre des cris un peu aigus. La respiration et la déglutition sont plus gênées à certains moments qu'à d'autres et une fois on a pu constater que la tumeur du cou avait une tension supérieure à celle qu'elle avait antérieurement. Ces troubles de compression se calment au bout de quelques heures, non d'une façon subite, mais en s'atténuant. On porte le diagnostic de *tumeur gazeuse du cou*.

L'enfant présente à la partie postéro-externe de la cuisse gauche une fistule, consécutive à un abcès, ayant débuté il y a deux mois environ ; de plus on trouve une adénite suppurée de l'aîne gauche.

Le 18 février, sous le chloroforme et après nettoyage du champ opératoire, M. Broca fait une incision médiane et verticale sur la tumeur. Aussitôt la poche ouverte, il s'en échappe de l'air, qui était sous une tension légère et ses parois s'affaissent. On cherche, avec le plus grand soin, un orifice fistuleux, mais on en trouve aucun. Au moment où on cessait les recherches, l'enfant se contracte violemment et on entend un petit sifflement, qui s'est produit nettement sur la base adhérente de la tumeur au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde. On fait, sans résultat, de nouvelles recherches de l'orifice fistuleux. On excise une partie de la poche, qui est très adhérente aux tissus sous-jacents. On draine, sans suture, la cavité avec de la gaze iodoformée.

Incision et pansement de l'adénite suppurée inguinale.

Suites opératoires normales. — L'enfant quitte l'hôpital le 5 mars. Il persiste un petit trajet fistuleux du cou et pendant les efforts de l'enfant, on entend en cet endroit un léger sifflement, qui s'accompagne quelquefois de bulles gazeuses ; malgré cela il a été impossible de découvrir l'orifice. Les troubles de la voix persistent aussi accentués ; quant aux troubles de la déglutition et de la respiration ils ont disparu.

L'enfant vient au pansement et il est toujours possible (le 31 mars) de constater la persistance du trajet fistuleux par l'existence du sifflement et l'émission des bulles gazeuses qui se produisent au dessus du bord supérieur du cartilage thyroïde.

En avril, l'enfant présente encore son trajet qui fistuleux résiste à toutes les cautérisations. Les troubles de la voix sont moins accentués et quand l'enfant se fâche, la voix devient plus claire.

L'examen histologique, fait par M. Cazin, démontre que la portion de la paroi de la poche, enlevée pendant l'opération est constituée par une double couche ; l'externe est de nature musculaire, l'interne de nature fibreuse, disposées par couches parallèles. A l'intérieur de la paroi on ne parvient à découvrir aucune couche endothéliale.

Koutnik fait suivre cette observation des réflexions suivantes :

Il pense que les parois étaient composées des aponeévroses de la région, doublées en avant par les muscles sous-hyoïdiens.

L'air en s'échappant à travers une rupture du conduitaérien a brisé les mailles du tissu cellulaire, écarté les feuillets aponévrotiques et ceux-ci, irrités par sa

présence et enflammés chroniquement, ont acquis un épaissement notable.

Le siège de la rupture du conduit aérien se trouvait probablement près du bord supérieur du cartilage thyroïde. M. Courtillier, interne du service, affirmait en effet que le sifflement entendu au cours de l'opération et les bulles gazeuses aperçues pendant un des pansements consécutifs, venaient de ce point.

Quant à la cause de la rupture du larynx, elle est difficile à déterminer. M. Courtillier pense néanmoins qu'une fausse route avait pu survenir au cours d'intubations répétées. Peut-être encore une érosion consécutive au tubage avait-elle affaibli la résistance des parois et prédisposé à la laryngocèle.

Ainsi, sans pouvoir affirmer que la cause de la laryngocèle ait été dans ce cas nettement traumatique, il est plausible d'admettre que le traumatisme a joué un rôle appréciable dans la production de cette tumeur.

A la deuxième cause de perforation d'origine intralaryngée que nous avons invoquée, nous croyons pouvoir rattacher les deux observations suivantes :

La première est d'Hutchinson et malheureusement elle manque d'examen direct et ne comporte pas de certitude absolue.

La seconde est l'observation personnelle que nous avons prise dans le service de M. le docteur Bécclère.

OBSERVATION XIV

Hutchinson. — *Med. Times and Gaz.*, London, 1861,
t. I, p. 329.

*Perforation du larynx et formation d'une pneumotocèle
circonscrite au cou.*

William M..., 23 ans, jeune homme pâle, d'aspect phthisique, entre le 2 janvier, pour une tumeur située à la partie antérieure du cou, au niveau de la partie inférieure du larynx et supérieure de la trachée. Cette tumeur avait le volume d'un œuf de pigeon, et était régulièrement ronde. On sentait une fluctuation bien nette sous le doigt et la tumeur ne différait d'un abcès sur le point de s'ouvrir que parce que son centre n'était pas conique et que la peau, quoique mince, n'était aucunement enflammée. En comprimant la tumeur, on pouvait la vider avec la plus grande facilité, mais elle se remplissait dès que le malade toussait. Les bords étaient un peu enflammés et on sentait autour de sa base un cercle d'induration qui la limitait. En percutant la tumeur pendant que le malade retenait sa respiration, elle rendait un son tympanique. On ne pouvait douter, dans ces conditions, qu'il n'existât une communication avec le larynx à travers la membrane thyroïdienne.

Voici les renseignements obtenus sur l'histoire de la maladie. Elle avait débuté trois mois auparavant par des « glandes gonflées » sous le menton et autour du cou ; puis étaient survenus la toux et plusieurs fois des crachements de sang. Un

mois après, enrouement et douleur dans la déglutition ; la toux était violente et quelquefois paroxystique.

La tumeur actuelle s'est montrée il y a trois semaines ; d'abord petite, elle augmenta peu à peu de volume, jamais de signe d'emphysème diffus au cou. Le malade éprouva enfin beaucoup de difficulté à avaler, et maigrit beaucoup. Le gonflement des ganglions avait complètement disparu au moment de l'entrée à l'hôpital. L'aspect du sujet était absolument celui d'un phthisique.

On lui prescrivit de prendre de l'huile de foie de morue et de la quinine, et la pneumatocèle ayant été vidée de l'air qu'elle contenait, fut soigneusement maintenue ainsi avec des compresses et des bandelettes de diachylon. Après l'application de cet appareil, le malade peut parler plus facilement et mieux avaler. A sa seconde visite, une semaine plus tard, les compresses étant restées bien en place, ne furent pas enlevées. La toux et les symptômes généraux n'étaient pas améliorés, et selon toute apparence, la phthisie marchait rapidement.

En résumé, il s'agissait évidemment d'un cas d'ulcération du larynx, probablement de nature tuberculeuse. Il est très possible que l'engorgement des ganglions lymphatiques constaté dès le début n'était que secondaire à l'affection tuberculeuse de la muqueuse laryngée, puisqu'il n'avait été d'abord que léger et qu'il avait ensuite complètement disparu.

OBSERVATION XV. (Personnelle et inédite.)

Laryngocèle survenue chez un phthisique. Constatacion d'une ulcération tuberculeuse du larynx et d'une fissure du cartilage thyroïde à l'autopsie.

D... Eugène, âgé de 22 ans, ouvrier menuisier, entré

le 25 janvier 1900, salle Magendie, n° 8, à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service du docteur Bécclère.

Ce malade présente à son entrée des signes de tuberculose pulmonaire avancée. On diagnostique la présence de cavernes volumineuses au niveau des deux poumons.

De plus il présente des signes de tuberculose laryngée : dysphonie, douleur à la déglutition, douleur à la pression au niveau du larynx.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il n'existe pas de signes de tumeur au niveau du cou.

C'est seulement le 15 février que l'on reconnaît, par hasard, la présence d'une tumeur arrondie grosse comme un œuf de pigeon située sur la ligne médiane au niveau du cartilage thyroïde. Cette tumeur est indolore. La peau est saine à son niveau. Les téguments sont mobiles sur la tumeur. Cette tumeur adhère au contraire aux plans profonds.

Elle est tendue, sonore à la percussion. Elle augmente de volume sous l'influence de la toux. Une pression soutenue arrive à la réduire lentement et avec peine. A la suite d'une quinte de toux elle reparait aussi volumineuse qu'avant la réduction et avec les mêmes caractères.

La maladie n'en est pas incommodé. Il croit s'être aperçu d'une augmentation de volume au niveau du larynx il y a cinq ou six jours seulement.

Il est d'ailleurs difficile de tirer de lui des renseignements précis car il est porteur d'une otite double suppurée et absolument sourd. De plus il est très apathique et dans un état de cachexie avancée.

Les troubles de la phonation ont augmenté et le malade est presque complètement aphone.

Le volume de la tumeur augmenta les jours suivants. Elle devint aussi grosse qu'un gros œuf de poule.

Le malade qui ne prenait plus aucun aliment et qui était dans l'état le plus misérable, mourut le 22 février 1900.

A l'autopsie, la tumeur avait beaucoup diminué et on n'observait au devant du larynx qu'une saillie peu appréciable. Nous disséquâmes avec soin, plan par plan, la région du larynx. Les plans aponévrotiques étaient intacts. A peine les avions-nous incisés que la tumeur disparut totalement. Arrivés sur la face antérieure du larynx nous aperçumes une petite fissure à la partie antérieure du cartilage thyroïde. Cette fissure était à peine visible, siégeait sur la ligne médiane, au dessous de l'échancrure du bord supérieur du cartilage qu'elle semblait continuer. Elle était bifurquée inférieurement.

Le larynx fut enlevé avec beaucoup de précautions.

Les replis aryténo-épiglottiques étaient gonflés. L'épiglotte paraissait également oedématisée et très rouge. Les cordes vocales étaient infiltrées et présentaient quelques érosions.

A la partie antérieure du larynx, à la face postérieure du cartilage thyroïde dans l'angle rentrant de ce dernier, entre les insertions antérieures des cordes vocales supérieures et inférieures, on remarquait une ulcération profonde. La muqueuse et le cartilage étaient détruits à ce niveau. Le fond de l'ulcération était fongueux.

Un stylet introduit avec beaucoup de précautions dans cette ulcération ressortit par la fissure que nous avons observée à la face antérieure du cartilage thyroïde.

Indépendamment de ces lésions, le sujet était porteur de cavernes pulmonaires multiples et volumineuses au niveau des deux poumons.

L'examen histologique fut pratiqué par M. Degorce, interne du service. Des foyers caséux, des granulations tuberculeuses typiques existaient au niveau de l'ulcération. La paroi antérieure de la poche était

formée d'une couche de tissu fibreux, doublée d'une couche de tissu musculaire.

Dans le cas que nous avons observé, la muqueuse et le cartilage thyroïde étaient perforés dans toute leur épaisseur. L'air pouvait passer à travers le petit trajet situé au niveau de l'ulcération et envahir le tissu cellulaire lâche compris entre le larynx et le plan aponevrotique résistant formé par les aponevroses superficielle et moyenne. Il ne pouvait vraisemblablement diffuser dans le tissu cellulaire du cou à cause des adhérences de l'aponévrose moyenne aux plans sous-jacents.

En haut, l'aponévrose moyenne adhère en effet à l'os hyoïde ; en bas, elle adhère à l'isthme du corps thyroïde qui est lui-même fixé à la trachée par des adhérences. Latéralement, cette aponevrose fournit des gaines aux muscles sous hyoïdiens. Elle est reliée aux plans profonds au niveau des lobes latéraux du corps thyroïde et plus haut au niveau des muscles thyro-hyoïdiens. Plus en dehors, elle adhère à la gaine des vaisseaux.

Il en résulte la formation d'une loge bien limitée, remplie de tissu cellulaire lâche et dans laquelle l'air peut très facilement s'épancher.

A cause de l'étroitesse de la fissure, l'air ne pouvait sans doute passer dans la poche pré-laryngienne qu'au moment des efforts de toux, alors que la pression atmosphérique augmentait à l'intérieur du larynx et que les lèvres de la fissure se trouvaient écartées l'une de l'autre.

La tonicité des muscles sous-hyoïdiens devait au contraire, à l'état de respiration calme, rapprocher les lèvres de la fissure et empêcher ainsi l'issue de l'air hors de la poche.

Il se produisait ainsi une sorte d'aérocèle à soupape.

Telle est l'explication qui nous semble la plus plausible.

Après avoir exposé ces faits, nous croyons inutile d'entrer dans de longs détails au sujet de la symptomatologie de ces tumeurs. Elle résulte des observations que nous avons rapportées et varie, on le conçoit, avec les circonstances dans lesquelles a pu se produire la laryngocèle.

Ces laryngocèles consécutives à une ulcération de la paroi laryngée forment des tumeurs arrondies, lisses, de volume variable, de la grosseur d'un œuf de pigeon à celle d'une demi-pomme (Madelung). Elles sont adhérentes aux parties profondes. La peau est, au contraire, mobile à leur surface. Elles sont sonores à la percussion. Leur réductibilité est inconstante, ce qui tient, sans doute, à l'étroitesse de la fissure laryngée dans certains cas et à l'accolement de ses bords pendant la respiration calme.

La tumeur était réductible dans les cas d'Hutchinson et de Madelung. Dans ce dernier cas, la réduction s'accompagnait de gargouillement. La laryngocèle était réductible difficilement dans notre observation. Elle était totalement irréductible dans l'observation de M. Broca. Dans ce cas, la fissure était si étroite qu'elle ne fut pas aperçue au cours de l'opération.

Les laryngocèles de cette catégorie ne sont pas, en général, très volumineuses. De plus, elles sont extralaryngées. Il en résulte qu'elles ne déterminent pas de troubles graves de la respiration. Mais elles agissent par contre sur la phonation et les malades étaient presque aphones. Elles sont, d'ailleurs, indolores et le plus souvent peu gênantes.

Le traitement variera suivant la cause de ces laryngocèles. Dans les laryngocèles dues à une ulcération tuberculeuse du larynx, il sera prudent de se borner à un traitement palliatif. Traiter la toux qui aggrave la laryngocèle et exercer une compression modérée au niveau de la tumeur.

Dans une laryngocèle d'origine traumatique comme celle qui fut opérée par M. Broca, il peut, au contraire, être utile de disséquer la poche et de l'enlever. Si la perforation était visible au cours de l'opération on pourrait essayer de la suturer. Cette conduite paraît rationnelle et elle a été proposée dans le traitement de certaines trachéocèles. Mais la difficulté est de trouver la fissure laryngée. Cela fut impossible dans le cas de M. Broca et un trajet fistuleux s'établit au niveau de la plaie opératoire.

CONCLUSIONS

Les laryngocèles sont des tumeurs remplies d'air qui provient de la cavité laryngienne.

Elles surviennent dans deux conditions distinctes :

1° Il n'y a pas de solution de continuité des parois laryngées. La laryngocèle est produite par la dilatation des cavités normales ou anormales dépendant du larynx.

On en observe deux types :

Un premier type répond aux laryngocèles ventriculaires de Virchow. Il est dû à la distension de diverticules des ventricules de Morgagni. La tumeur est surtout intra-laryngée.

Un deuxième type répond aux descriptions de Bennet et de Gruber. Les diverticules des ventricules de Morgagni distendus forment deux tumeurs séparées par une portion rétrécie : l'une est intra-laryngée, l'autre extra-laryngée.

2° Il y a solution de continuité des parois laryngées.

Dans un premier cas la solution de continuité serait incomplète. La muqueuse laryngée serait intacte et ferait hernie à travers la solution de continuité des cartilages. L'existence de cette variété n'est pas démontrée.

Dans un deuxième cas la solution de continuité est complète.

Elle peut être due : soit à une lésion congénitale du larynx, soit à une plaie traumatique, soit à une ulcération du larynx.

Dans une observation que nous rapportons, il s'agissait d'une ulcération tuberculeuse du larynx siégeant dans l'angle rentrant du thyroïde, entre les insertions des cordes vocales supérieures et inférieures.

Pour que la laryngocèle se produise dans de telles conditions, il faut que les aponévroses situées au devant du larynx soient intactes. Ce sont elles qui limitent les parois de la poche, et empêchent l'air de fuser de proche en proche dans le tissu cellulaire du cou.

Vu : Le Doyen,

Vu : Le Président de la Thèse,

BROUARDEL.

PAUL BERGER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Cohen-Tervaert.* — Kyste aérien intra-laryngé (Société néerlandaise de laryng., rhinolog. et otolog, 23 mai 1897).
- Solis Cohen.* — Diseases of the throat (édit. 1872, p. 395).
- Solis Cohen.* — Diseases of the throat and nasal passages, 2^e édition, New-York, 1880.
- Eldridge.* — Amer. Journ. of. the méd. sciences, 1879, vol. LXXVIII, p. 70.
- Détis.* — Contribution à l'étude du trachéocèle. Thèse de Paris, 1882.
- Peschaud.* — Contribution à l'étude des aérocèles du cou. Thèse de Montpellier, 1884.
- Follin et Duplay.* — Des goîtres aériens (trachéocèle). Traité de pathologie externe. t. V. p. 337. Paris, 1878.
- Nélaton.* — Des goîtres aériens. Traité de pathologie chirur., 2^e édition, t. IV, p. 864. Paris, 1879.
- Morell Mackensie.* — Traité des maladies du larynx, etc., trad. franç., 1882, p. 753.
- Koenig et Riedel.* — Krankh. d. Halses (Deuts. chirur. Lief., 36, p. 72, 1882).
- L. Dubar.* — Art. thyroïde du nouveau dictionnaire de méd. et de chir. prat., t. XXXVI, p. 39, 1884.

- Krishaber.* — Tumeurs gazeuses péri-thyroïdiennes, in art. Goitre du dict. ency. des sciences méd. IV Ser. t. IX, p. 250, 1883.
- Noris Wolfenden.* — On aërial goitre, or trachéocèle (Journ. of. laryng. and rhinol.) : Mars 1888, t. II, p. 99.
- Leriche.* — Cas de goitre aërien (Compte rendu de la Soc. des sciences, méd. de Lyon 1867. 1868, t. VII, p. 381.
- Parker (W).* — Trans. of, the clin. soc., London, 1886, t. XIX, p. 323.
- Bennet.* — Dubling Quaterly, journ. of. med. sciences, août 1875, p. 427.
- Rudlinger.* — Monatsch. f. Ohereng. Jahrg X, p, 126, 1876.
- Ehlers.* — Abhanell. d. Konigl. Gesells der Wissensch zu Gottingen (1881). Bd. XXVIII, p. 377.
- Luschka.* — Der Kehlkopf. der Menschen. Tubingen, 1871, p. 43, avril 1889
- Madelung.* — Centr. f. Chir., 1888, p. 914.
- Ledderrhose.* — Ueber einen Fall von rechtseitiger Kehlsakbildung in deutsche, f. Chir. Bd. XXII, p. 206, 1885.
- Benda et Borchert.* — Laryngocèle ventricularis als Todesursache (Berlin. klin. Woch., 9 août 1897).
- Pantaloni.* — Trois cas de chirurgie du larynx. Arch. prov. de chir., sept. 1897.
- Raugé.* — Laryngocèle ventriculaire (Annales des maladies de l'oreille, juin 1897).
- Demker.* — Les sacs laryngiens chez l'orang-outang. (La Voix, septembre 1894.)
- L.-H. Petit.* — Revue de chirurgie. Paris, 1889, p. 97, 205, 370, 417.

Moure. — Laryngocèle. (Mém. et Bull. Soc. méd. et chir. de Bordeaux, 1893, 1894, p. 257.)

Beausoleil. — Laryngocèle. (Rev. de laryng. otol. et rhinol. Paris, 1894, 681.)

Gruber. — Kehlkopf mit theilweise ausserhalb derselben gelatergen seitlichen ventrikelsöcken. (Arch. f. Anat. Phys. und. varischensch. Med., Leipzig, 1874, p. 606.)

Koutnik. — Des tumeurs gazeuses du cou. (Thèse de Paris, 1896.)

